

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
ESPECIALIZAÇÃO EM MEDICINA DO TRABALHO**

GUILHERME LOBO DAVID

**AVALIAÇÃO DE AFASTAMENTOS LABORAIS POR CÂNCER DE MAMA EM
FUNCIONÁRIAS PÚBLICAS DE UMA INSTITUIÇÃO MUNICIPAL NO PERÍODO
DE JANEIRO DE 2008 A DEZEMBRO DE 2012**

CURITIBA

2014

GUILHERME LOBO DAVID

**AVALIAÇÃO DE AFASTAMENTOS LABORAIS POR CÂNCER DE MAMA EM
FUNCIONÁRIAS PÚBLICAS DE UMA INSTITUIÇÃO MUNICIPAL NO PERÍODO
DE JANEIRO DE 2008 A DEZEMBRO DE 2012**

Artigo apresentado como requisito para obtenção de título em curso de Especialização em Medicina do Trabalho, do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à conclusão do Curso.

Orientador:
Dr. João Carlos do Amaral Lozovey

Coorientador :
Dr. Élio Tanaka

CURITIBA

2014

ÍNDICE

RESUMO	4
PALAVRAS CHAVES.....	4
ABSTRACT.....	5
KEY WORDS.....	5
INTRODUÇÃO.....	6
OBJETIVO.....	8
HIPÓTESE.....	9
METODOLOGIA.....	10
RESULTADOS	11
DISCUSSÃO	26
CONCLUSÃO.....	30
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	31

RESUMO

O câncer de mama é o tipo mais frequente na população feminina e apresenta grandes repercussões físicas e psicológicas, com impacto significativo na vida profissional. O tratamento frequentemente requer afastamento do trabalho porque pode envolver quimioterapia, radioterapia, cirurgia, fisioterapia e tratamento psicológico. Em função disso os pacientes com câncer de mama necessitam se ausentar do trabalho, em média, por um período de 3 a 4 meses, o que ocorre desde o diagnóstico inicial. Acredita-se que uma melhor compreensão desse tema por empregadores permitirá uma tomada de decisão mais adequada em relação aos programas de gestão envolvendo as trabalhadoras que são acometidas com câncer de mama. Identificamos a evolução histórica das incidências de câncer de mama e correlacionamos os dias de afastamento do trabalho com o estágio clínico das mesmas em uma população de funcionárias de uma instituição municipal. Para a população analisada os dados sugerem que os diagnósticos precoces estão sendo feitos em maior proporção que os diagnósticos tardios, mas os números dessa vantagem ainda são insuficientes para a redução dos afastamentos laborais pelo motivo Cid 10 C 50.

PALAVRAS CHAVES

Afastamentos laborais, câncer de mama, funcionárias públicas, instituição municipal.

ABSTRACT

Breast cancer is the most common type in the female population and has great physical and psychological repercussions, with significant impact on professional life. The treatment often requires off f the work because it can involve chemotherapy, radiation therapy, surgery, physiotherapy and psychological treatment. As a result patients with breast cancer need to be absent work, on average, for a period of 3-4 months, which occurs from the initial diagnosis. It is believed that a better understanding of this issue by employers allow for more appropriate decision making in relation to management involving workers who are affected with breast cancer. Identification of the historical evolution, the incidence of breast cancer and correlation with the days away from work with the clinical stage in a population of employees of a municipal institution were the subject of this study. Finally our data suggest that early diagnoses are being made in greater proportion than the delayed diagnosis, but the numbers that advantage is still insufficient for the reduction of labor absenteeism by reason Cid 10 C 50.

KEY WORDS

Labour clearances, breast cancer, public employees, municipal institution.

INTRODUÇÃO

As doenças oncológicas são na atualidade uma das principais causas de mortalidade, morbidade e afastamento laboral.

O câncer de mama é o tipo mais frequente na população feminina e apresenta grandes repercussões físicas e psicológicas, com impacto significativo na vida profissional. É também o mais comum em termos de mortalidade, considerando apenas a população feminina. (1)

Tomando como referência a população mundial e o ano de 2012, estimava-se o surgimento de 1,67 milhões de novos casos, o que representava 25 % de todos os cânceres entre as mulheres. Na ocasião eram esperadas aproximadamente 520.000 mortes num intervalo de 12 meses, segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA). (1)

A sobrevida em 5 anos é de aproximadamente de 85 % em países desenvolvidos, contra 55% em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento. (2)

Nada obstante a implantação de programas de rastreamento para possibilitar um diagnóstico mais precoce, tal como sugerido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), as taxas de incidência de câncer de mama seguem elevadas.

No Brasil, a explicação para o fenômeno deve-se, muito provavelmente, ao fato de que, quando diagnosticada, a doença já se encontra em estágio avançado. Em 2011 o número de óbitos registrados em decorrência do câncer de mama foi de 13.345, sendo 120 casos verificados em homens, e 13.225 em mulheres, segundo dados do sistema de informação sobre mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde. Ainda, consoante estatística do Instituto Nacional do Câncer são estimados 57.120 novos casos para o ano de 2014. (6)

Por isso a estratégia recomendada pelo Ministério da Saúde em relação a pacientes classificados como de risco padrão é de indicação do exame das mamas a partir de 40 anos, com mamografia bienal para os pacientes que se situam na faixa entre os 50 e 69 anos. Para aqueles considerados de risco elevado de desenvolvimento do câncer de mama, recomenda-se que o exame seja feito já a partir dos 35 anos, com mamografia anual. (3)

O tratamento frequentemente requer afastamento do trabalho porque pode envolver quimioterapia, radioterapia, cirurgia, fisioterapia e tratamento psicológico. Em

função disso os pacientes com câncer de mama necessitam se ausentar do trabalho, em média, por um período de 3 a 4 meses, o que ocorre desde o diagnóstico inicial.

Isso certamente opera reflexos na organização do processo de trabalho, que fica alterada com a ausência do funcionário doente. Alguém deverá assumir as suas funções e responsabilidades, ou os demais colegas tenderão a ficar sobrecarregados pela acumulação das suas responsabilidades próprias e das que pertenciam ao trabalhador afastado.

Mesmo com o remanejamento da logística laboral, o empregador amarga prejuízo operacional e financeiro, na medida em que há queda de produtividade, custo indireto do tratamento do obreiro afastado e, não raramente, necessidade de contratação de um ou mais funcionários para o exercício da mesma função.

Acredita-se que uma melhor compreensão desse tema por empregadores permitirá uma tomada de decisão mais adequada em relação aos programas de gestão envolvendo as trabalhadoras que são acometidas com câncer de mama.

OBJETIVO

Identificar a evolução histórica das incidências de câncer de mama em funcionárias públicas de uma instituição municipal e correlacionar os dias de afastamento do trabalho no período de janeiro/2008 a dezembro/2012 com os respectivos estadios clínicos. Além disso, estudar a evolução de casos novos e antigos da doença em relação aos dias de afastamento no período referido.

HIPÓTESE

Os diagnósticos em estadios avançados (III e IV) da classificação TNM / Instituto Nacional do Câncer (INCA) ainda são frequentes e esta condição predispõe o doente com câncer de mama a um maior número de dias de afastamento do trabalho. (1) As ausências do ambiente laboral, assim como a frequência com que ocorrem podem ser reduzidas com o auxílio de novas tecnologias na área da ciência e da medicina. A partir delas os diagnósticos podem se tornar mais precisos e precoces, assim como os tratamentos mais específicos e eficientes, com o objetivo de propiciar melhora da qualidade de vida do paciente e o rápido retorno ao labor.

METODOLOGIA

As informações utilizadas no presente estudo foram obtidas a partir do banco de dados da perícia médica realizada com as funcionárias de uma instituição pública municipal no período de janeiro de 2008 a dezembro 2012.

Para a finalidade dessa pesquisa foram analisadas os registros das funcionárias com diagnóstico de câncer de mama (CID C50), submetidas à perícia médica, assim como os respectivos dias de afastamento concedidos para tratamento em decorrência da doença.

O estadiamento clínico realizado foi o da classificação habitual TNM, utilizada pelo Instituto Nacional do Câncer (1) e as avaliações foram feitas a partir do prontuário médico daquelas pacientes, atestados periciados, e de dados da auditoria médica do instituto. Compuseram a pesquisa tanto os pacientes novos quanto os antigos.

Cabe observar, nesse contexto, que algumas funcionárias com câncer de mama optaram por ser atendidas em outros serviços médicos, o que inviabilizou que fossem classificadas quanto ao seu estadio clínico.

Os dados foram tabulados ano a ano, classificados quanto ao estadio clínico no ano da avaliação, e calculados os dias de afastamento com os respectivos percentuais. Após, calcularam-se as médias percentuais de licenças laborais por paciente e por perícias realizadas.

Também foram consideradas as faixas etárias das trabalhadoras avaliadas, estabelecendo-se uma média entre as idades da mais nova e da mais idosa.

Ainda, oportuno esclarecer que somente as funcionárias que efetivamente compõe o corpo de pessoal da instituição, e que foram acometidas de câncer de mama entraram para a pesquisa. Dependentes e inativos, mesmo que integrantes da folha de pagamento e acometidos da doença, não foram considerados.

Os dados encontram-se representados em tabelas e gráficos, os quais não se prestam, de imediato, à análise técnica e matemática dos resultados. Todavia, serão fundamentais para a definição de uma significância estatística. Para fins de comparação de dados foram utilizados, revistas, publicações e livros entre 2005 e 2014, nas línguas portuguesa e inglesa.

RESULTADOS

A instituição pública de cujo banco de dados foram colhidas as informações para esse trabalho é responsável por cuidar da saúde de 78.101 pessoas, sendo que 39.516 (50,6%) são funcionários e 38.585 (49,4%) são dependentes. (Gráfico1).

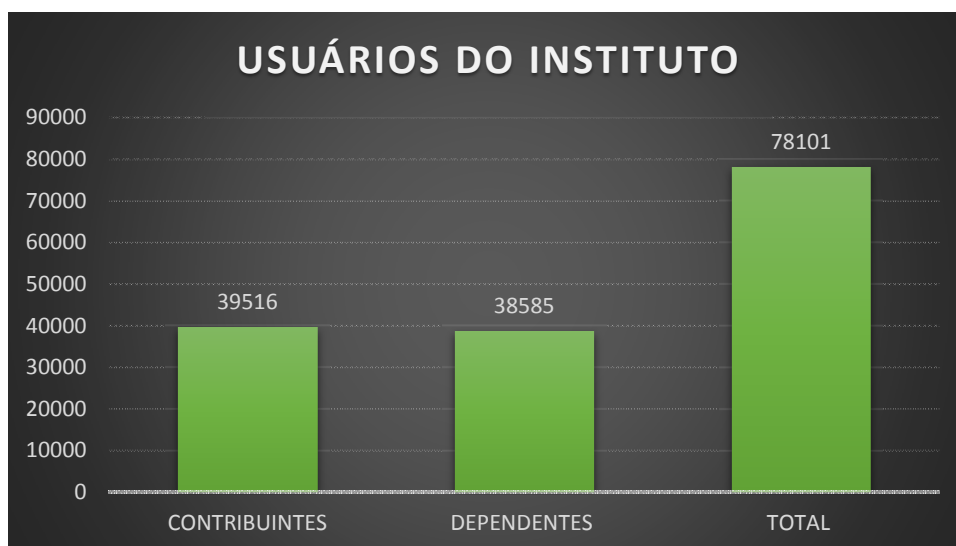


Gráfico 1.
Fonte: banco de dados do instituto.

Entre os funcionários a maioria são mulheres (30.660), o que corresponde a 77,59% do total (Gráfico 2).

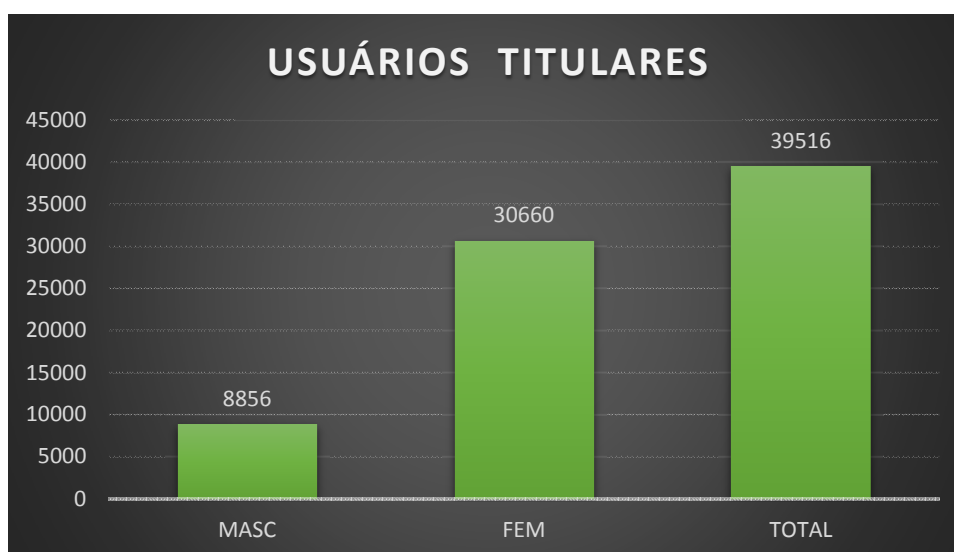


Gráfico 2.
Fonte: banco de dados do Instituto.

Do total de 30.660 funcionárias, a maioria, qual seja, 22.477 (73,31%), encontra-se na faixa etária de risco para câncer de mama (40 a 80 anos – Gráficos 3 e 4).

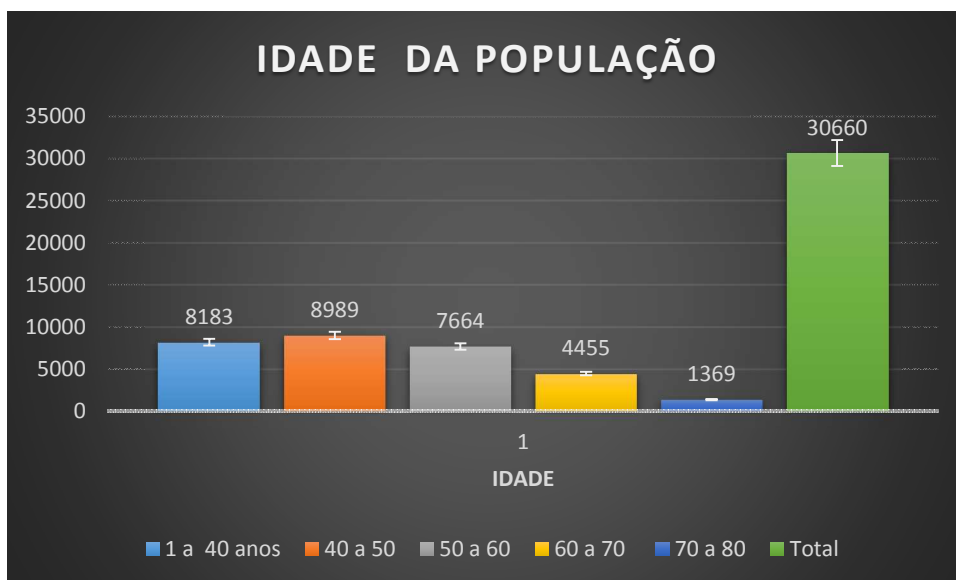


Gráfico 3.
Fonte: banco de dados do instituto.

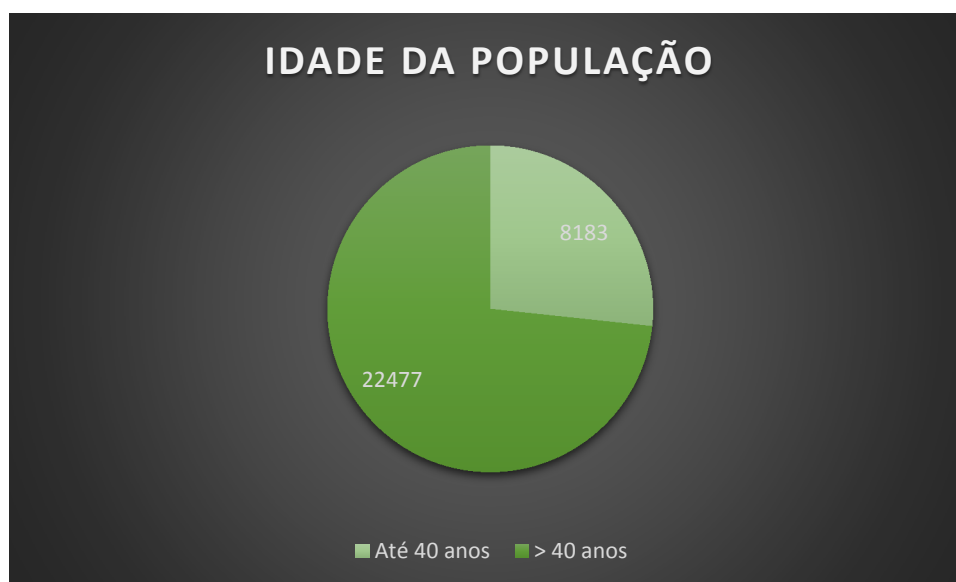


Gráfico 4.
Fonte: banco de dados do instituto.

As informações relativas aos funcionários do instituto são de fevereiro de 2014, e podem variar ao longo do período em função de contratações, demissões, nascimentos e óbitos.

O número de afastamentos concedidos pelo motivo CID C 50, da tabela de CID-10 (Código Internacional de Doenças), assim como o de atendimentos na perícia médica, e de pacientes com câncer de mama foram analisados no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2012, a partir de dados da perícia médica do instituto em estudo (Gráfico 5).

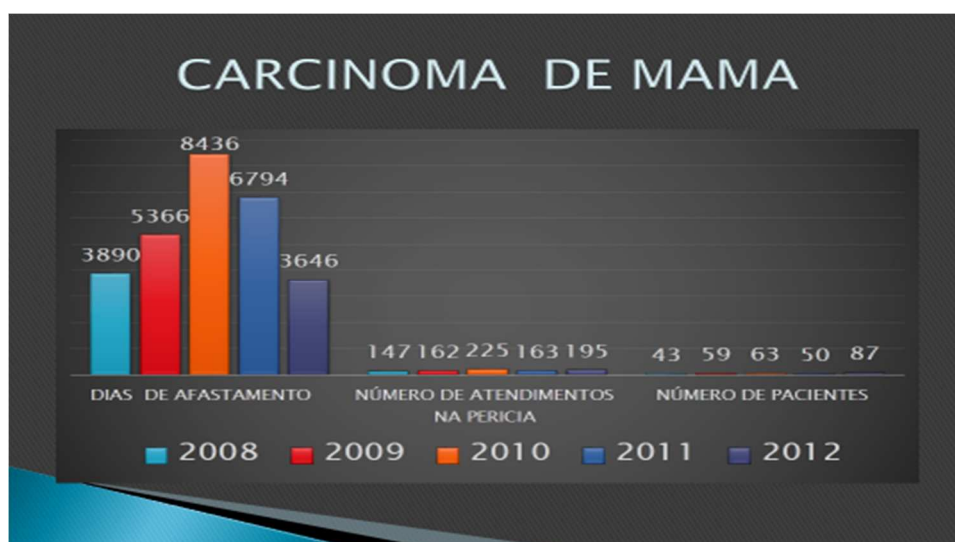


Gráfico 5.
Fonte: banco de dados da perícia médica do instituto.

Na tabela abaixo foram analisados o número médio de afastamentos por atendimento médico pericial e por paciente com câncer de mama (Gráfico 6).

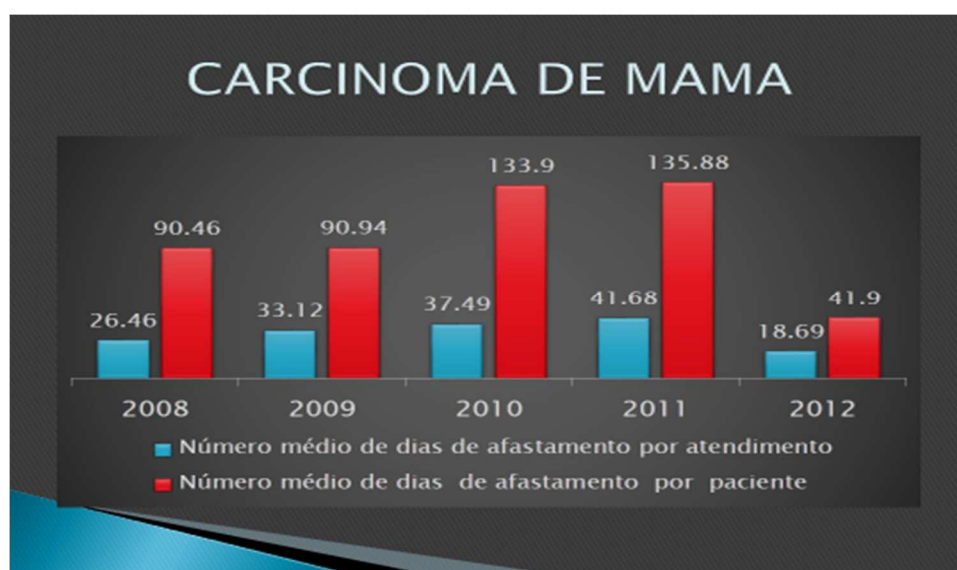


Gráfico 6.
Fonte: banco de dados da perícia médica do Instituto.

O número de pacientes novas e antigas foi representado ano a ano, de janeiro 2008 a dezembro 2012 (Gráfico 7).

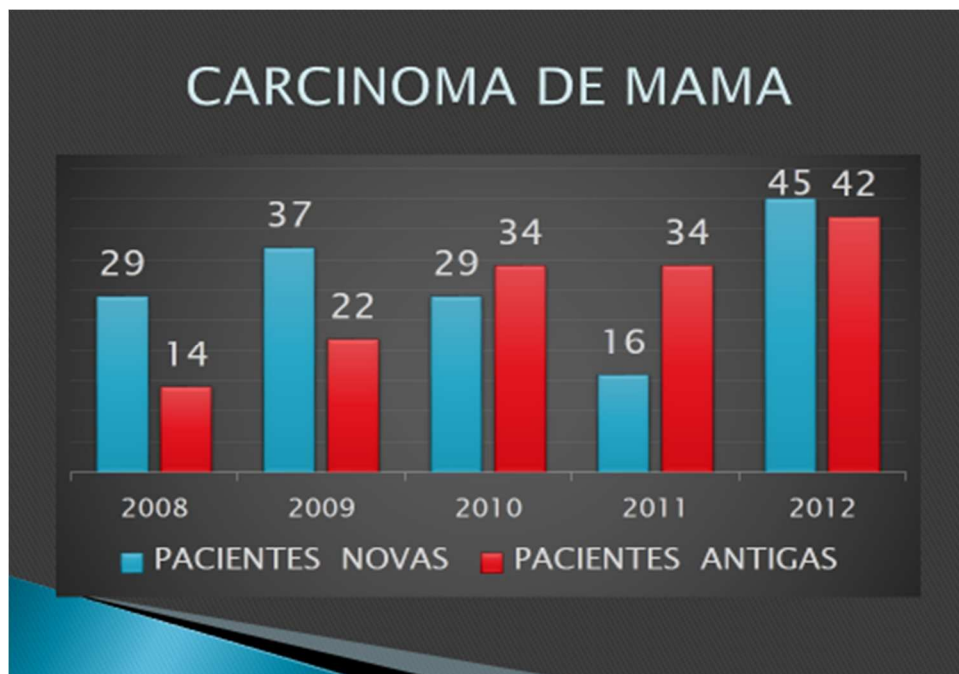


Gráfico 7.

Fonte: banco de dados da perícia médica do instituto.

A partir das informações do prontuário médico e de dados da auditoria médica do instituto foram catalogados os estádios clínicos por ocasião do ano em que foram avaliados. Os estádios I e II foram considerados iniciais, ao passo que o III e o IV tardios.

Ano a ano foram definidos o número de pacientes, os respectivos dias de afastamento, os números de atendimentos médicos na perícia, e a média de afastamentos por paciente e por atendimento pericial.

Os estádios clínicos foram identificados e classificados quanto ao número de pacientes e dias de afastamentos. A seguir foram distribuídos em estádios iniciais (I e II) e tardios (III e IV). Por fim, os pacientes novos e antigos também foram identificados ano a ano, no período de jan 2008 a dez 2012. (Tabelas 1.1 e 1.2 ; 2.1 e 2.2; 3.1 e 3.2 ;4.1 e 4.2 e 5.1 e 5.2.)

Alguns estádios clínicos não puderam ser classificados por falta de dados disponíveis.

TABELA 1.1 ANO 2008

2008	
NÚMERO DE PACIENTES	43
NÚMERO DE ATENDIMENTOS NA PERÍCIA	147
DIAS DE AFASTAMENTO	3890
Número médio de dias de afastamento por atendimento	26.46
Número médio de dias de afastamento por paciente	90.46

Fonte: banco de dados da perícia médica do instituto.

TABELA 1.2 ANO 2008

Estadio clínico	Pacientes	%	Dias de afastamento	%
EC I	7	20.59	99	3.07
EC II	8	23.53	732	22.68
EC III	12	35.29	1162	36
EC IV	7	20.59	1234	38.25
Instituto	34	100	3227	100
Externo	9	20.93	663	17.04
Total Geral	43	100	3890	100

Estadio clínico	Pacientes	%	Dias de afastamento	%
I + II	15	44.12	831	25.75%
III + IV	19	55.88	2396	74.25%
TOTAL	34	100	3227	100%

TOTAL DE PACIENTES	43	100%
NOVAS	29	67.44%
ANTIGAS	14	32.56%

Fonte: pesquisa do autora partir do banco de dados da perícia médica do instituto.

TABELA 2.1 ANO 2009

2009	
NÚMERO DE PACIENTES	59
NÚMERO DE ATENDIMENTOS NA PERÍCIA	162
DIAS DE AFASTAMENTO	5366
Número médio de dias de afastamento por atendimento	33.12
Número médio de dias de afastamento por paciente	90.49

Fonte: banco de dados da perícia médica do instituto.

TABELA 2.2 ANO 2009

Estadioclínico	Pacientes	%	Dias de afastamento	%
EC I	9	19.14	174	3.93
EC II	18	38.29	1638	37.04
EC III	15	31.92	1393	31.51
EC IV	5	10.65	1217	27.52
Instituto	47		4422	
Externo	12	20.33%	944	17.59%
Total Geral	59	100	5366	100

Estadioclínico	Pacientes	%	Dias de afastamento	%
I + II	27	57.45	1812	40.97%
III + IV	20	42.55	2610	59.03%
TOTAL	47	100	4422	100.00%

TOTAL DE PACIENTES	59	100%
NOVAS	37	62.71%
ANTIGAS	22	37.29%

Fonte: pesquisa do autor a partir do banco de dados da perícia médica do instituto.

TABELA 3.1 ANO 2010

2010	
NÚMERO DE PACIENTES	63
NÚMERO DE ATENDIMENTOS NA PERÍCIA	225
DIAS DE AFASTAMENTO	8436
Número médio de dias de afastamento por atendimento	37.49
Número médio de dias de afastamento por paciente	133.9

Fonte: banco de dados da perícia médica do instituto.

TABELA 3.2 ANO 2010

Estadio clínico	Pacientes	%	Dias de afastamento	%
EC I	7	12.96	601	8.3
EC II	23	42.59	3190	43.6
EC III	14	25.93	1071	14.6
EC IV	10	18.52	2455	33.5

Instituto	54	100	7317	100
Externo	9	14.29	1119	13.26
Total Geral	63	100	8436	100

Estadioclínico	Pacientes	%	Dias de afastamento	%
I + II	30	55.55	3791	51.80%
III + IV	24	44.45	3526	48.20%
TOTAL	54	100	7317	100%

TOTAL DE PACIENTES	63	100%
NOVAS	29	46.03%
ANTIGAS	34	53.97%

Fonte: pesquisa do autor a partir do banco de dados da perícia médica do instituto.

TABELA 4.1 ANO 2011

2011	
NÚMERO DE PACIENTES	50
NÚMERO DE ATENDIMENTOS NA PERÍCIA	163
DIAS DE AFASTAMENTO	6794
Número médio de dias de afastamento por atendimento	41.68
Número médio de dias de afastamento por paciente	135.88

Fonte: banco de dados da perícia médica do instituto.

TABELA 4.2 ANO 2011

Estadioclínico	Pacientes	%	Dias de afastamento	%
EC I	2	5.88	135	2.75
EC II	11	32.34	1216	24.77
EC III	8	23.53	1162	23.67
EC IV	13	38.25	2396	48.81
Instituto	34	100	4909	100
Externo	16	32	1885	27.75
Total Geral	50	100	6794	100

Estadioclínico	Pacientes	%	Dias de afastamento	%
I + II	13	38.22	1351	27.52%
III + IV	21	61.78	3558	72.47%
TOTAL	34	100	4909	100%

TOTAL DE PACIENTES	50	100%
NOVAS	16	32.00%
ANTIGAS	34	68.00%

Fonte: pesquisa do autor a partir do banco de dados da perícia médica do instituto.

TABELA 5.1 ANO 2012

2012	
NÚMERO DE PACIENTES	87
NÚMERO DE ATENDIMENTOS NA PERÍCIA	3646
DIAS DE AFASTAMENTO	195
Número médio de dias de afastamento por atendimento	18.69
Número médio de dias de afastamento por paciente	41.9

Fonte: banco de dados da perícia médica do instituto.

TABELA 5.1 ANO 2012

Estadioclínico	Pacientes	%	Dias de afastamento	%
EC I	19	29.23	450	14.79
EC II	21	32.31	898	29.53
EC III	15	23.08	874	28.74
EC IV	10	15.38	819	26.94
Instituto	65	100	3041	100
Externo	22	25.28	605	16.59
Total Geral	87	100	3646	100

Estadioclínico	Pacientes	%	Dias de afastamento	%
I + II	40	61.54	1348	42.77%
III + IV	25	38.46	1693	57.23%
TOTAL	65	100	3041	100%

TOTAL DE PACIENTES	87	100%
NOVAS	45	51.72%
ANTIGAS	42	48.28%

Fonte: pesquisa do autor a partir do banco de dados da perícia médica do Instituto.

As pacientes atendidas em outras clínicas ou serviços médicos que não os credenciados pelo instituto nos cinco anos delimitados por esse estudo representam 22%, e não puderam ser classificadas quanto ao estadió clínico, dada a impossibilidade de acesso aos prontuários médicos.

A tabela 6.1 abaixo mostra a média de idade das pacientes ao longo dos 5 anos de estudo, bem como as idades das pacientes mais novo e mais idosa.

TABELA 6.1

IDADE	ANOS
IDADE MÉDIA	52
MAIS JOVEM	38
MAIS IDOSA	71

Fonte: pesquisa do autora partir do banco de dados da perícia médica do instituto.

A soma do número de pacientes nos estádios iniciais (I e II) e tardios (III e IV) foi feita para avaliar o predomínio do tipo de diagnóstico (precoce ou tardio) ao longo dos anos, e o número de dias efetivos de afastamento em estádios iniciais e tardios foram comparados com a média de pacientes em cada estádio.

A evolução histórica das incidências de câncer de mama e dos afastamentos laborais no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2012 é evidenciada na tabela 7.1

TABELA 7.1

EVOLUÇÃO HISTÓRICA DAS TAXAS DE CÂNCER DE MAMA E AFASTAMENTOS NO PERÍODO DE JAN / 2008 A DEZ / 2012

Estadio Clínico	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL	%	%
EC I	7	9	7	2	19	44	18.8	53.42
EC II	8	18	23	11	21	81	34.62	
EC III	12	15	14	8	15	64	27.35	46.58
EC IV	7	5	10	13	10	45	19.23	

Instituto	34	47	54	34	65	234	100	100
-----------	----	----	----	----	----	-----	-----	-----

Externo	9	12	9	16	22	68	22.51
---------	---	----	---	----	----	----	-------

Total Geral	43	59	63	50	87	302	100
-------------	----	----	----	----	----	-----	-----

Afastamentos	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL	%	EC	%
EC I	99	174	601	135	450	1459	6.36	1 e 2	39.84
EC II	732	1638	3190	1216	898	7674	33.48		
EC III	1162	1393	1071	1162	874	5662	24.72	3 e 4	60.16
EC IV	1234	1217	2455	2396	819	8121	35.44		

Instituto	3227	4422	7317	4909	3041	22916	100		100
-----------	------	------	------	------	------	-------	-----	--	-----

Externo	663	944	1119	1885	605	5216	18.54
---------	-----	-----	------	------	-----	------	-------

Total Geral	3890	5366	8436	6794	3646	28132	100
-------------	------	------	------	------	------	-------	-----

Fonte: pesquisa do autor a partir do banco de dados da perícia médica do instituto.

Tabela 7.2

EVOLUÇÃO HISTÓRICA DAS TAXAS DE CÂNCER DE MAMA E AFASTAMENTOS NO PERÍODO DE JAN / 2008 A DEZ / 2012

	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL	%
EC I + EC II (Pacientes)	15	27	30	13	40	125	53.42
EC III + EC IV (Pacientes)	19	20	24	21	25	109	46.58
TOTAL	34	47	54	34	65	234	100

EC I + II (Afastamentos)	831	1812	3791	1351	1348	9133	39.84
EC III + IV (Afastamentos)	2396	2610	3526	3558	1693	13783	60.16
TOTAL	3227	4422	7317	4909	3041	22916	100

Fonte: pesquisa do autor a partir do banco de dados da perícia médica do instituto.

Observou-se, pois, que os afastamentos laborais são maiores nos estádios tardios (III e IV) do que o esperado pela média de pacientes nos estádios I e II. Ou seja, mesmo diante da crescente tendência de diagnósticos mais precoces (estádios I e II) os casos de estádios tardios ainda mantém um número significativo maior de afastamentos, como se pôde compulsar das Tabelas 7.1 e 7.2.

Noutra vertente, o Gráfico 8 mostra que o percentual de pacientes compreendidos no período de 2008 a 2012 nos estádios I e II correspondeu a 53 % do total, e nos estádios III e IV a 47 % do total considerado. Nota-se, então, uma tendência ao diagnóstico mais precoce nos últimos anos.

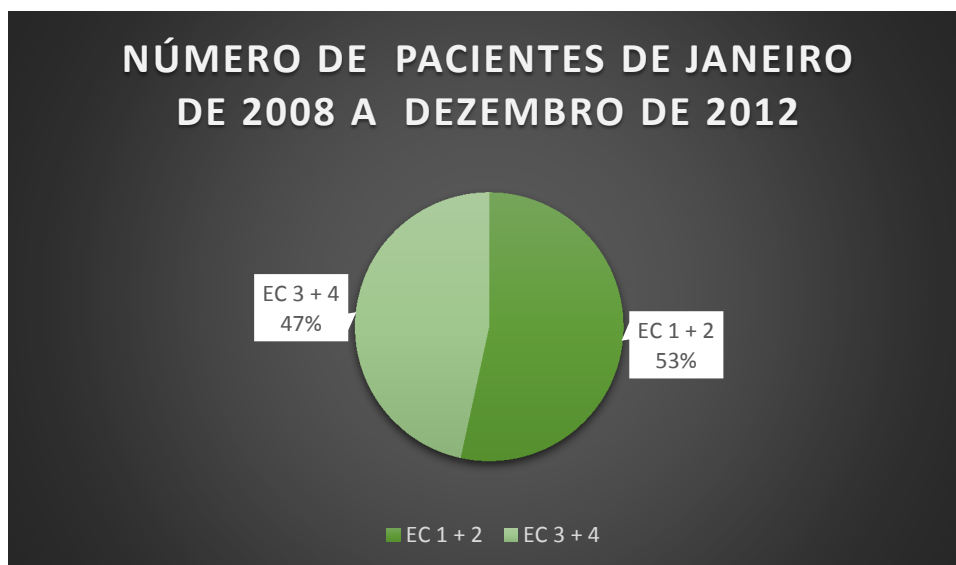


Gráfico 8.
Fonte: pesquisa do autor a partir do banco de dados da perícia médica do Instituto.

O Gráfico 9, por sua vez, anuncia o percentual de afastamentos efetivos no período de 2008 a 2012. Verifica-se que 40 % do total de dias de afastamento estão relacionados aos pacientes nos estádios I e II, ao passo que 60 % correspondem aos pacientes de estádios tardios (III e IV).

Com efeito, apesar do número de pacientes nos estádios tardios ser proporcionalmente menor do que aqueles que integram o outro grupo (estádios I e II), os afastamentos laborais por ele provocados são mais constantes e prolongados. Por derradeiro, não foram identificados casos de câncer de mama nos homens da entidade pública utilizada como fonte.

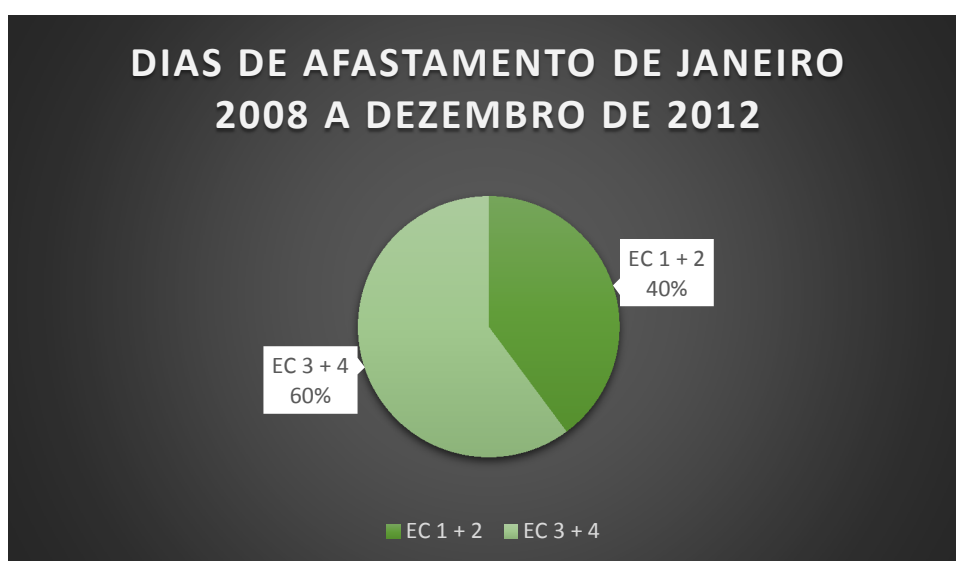


Gráfico 9.
Fonte: pesquisa do autor a partir do banco de dados da perícia médica do instituto.

Por fim, o Gráfico 10 enumera a frequência de câncer de mama verificada em Curitiba, Paraná, Brasil, obtida do banco de dados do INSS, em função da quantidade de pedidos de benefício de auxílio doença previdenciário.

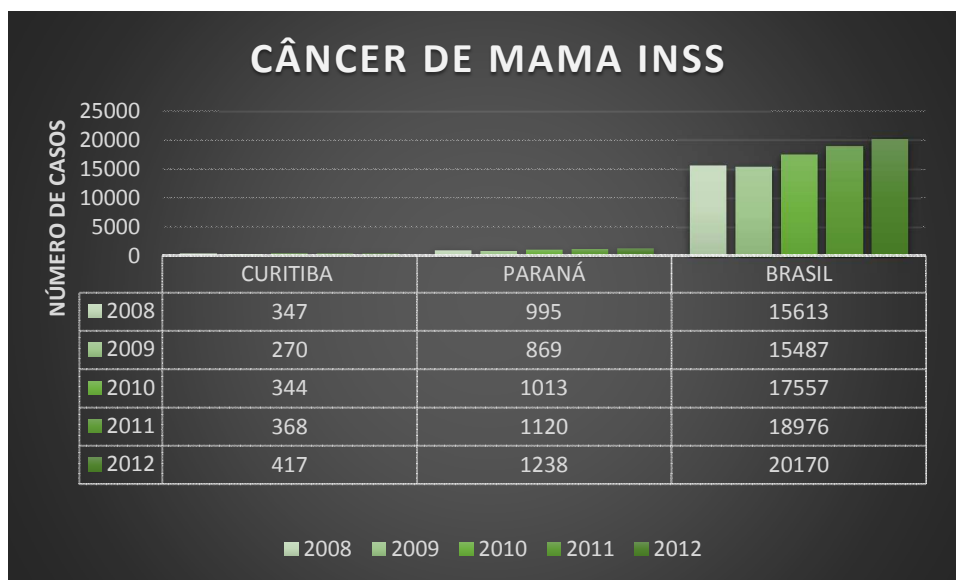


Gráfico 10. Número de casos de câncer de mama em Curitiba, Paraná e Brasil.
Fonte: banco de dados do INSS.

DISCUSSÃO

O câncer de mama é o mais frequente e o de maior mortalidade na população feminina. Tem uma elevada morbidade e se traduz em causa de frequente afastamento laboral. Apesar de inúmeros esforços médicos por meio de campanhas educativas e testes de rastreamento com o objetivo de diminuir a incidência dessa doença, os casos continuam elevados no Brasil e em nível mundial. (1,2,3)

O adequado conhecimento dessa realidade em nosso meio é fundamental para o gerenciamento de programas de gestão que envolvem a trabalhadora com câncer de mama.

Os dados levantados neste trabalho permitem conhecer a frequência com que a doença acometeu pacientes novos e antigos ao longo dos 5 anos de estudo na população analisada e os respectivos afastamentos laborais por estádios.

Conquanto os diagnósticos tenham sido mais precoces nos últimos anos (estádios I e II), permaneceu elevado o número de casos tardios (estádios III e IV) assim como os afastamentos laborais por estes últimos determinados, possivelmente devido à maior complexidade exigida para o tratamento (quimioterapia, radioterapia, cirurgia, tratamento fisioterápico e psicológico).

Entrementes, a melhoria das condições diagnósticas é fundamental para que o tratamento seja menos agressivo e mais resolutivo, com conseqüente diminuição dos prejuízos para o trabalhador e para o empregador.

Em revisão de literatura médica houve dificuldade em encontrar números precisos de incidência de câncer de mama com respectivos estádios clínicos e afastamentos laborais, e alguns dos dados disponíveis são baseados em estimativas. (1,7,8,10)

O presente estudo permitiu identificar os casos de funcionárias de uma instituição municipal que adoeceram por câncer de mama e necessitaram ser afastadas do trabalho por CID C50, tabela CID-10, no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2012.

Por se tratar de uma população essencialmente feminina e em faixa etária compatível com o surgimento de câncer de mama, tais dados permitirão um melhor gerenciamento deste problema.

A partir da coleta de dados, constatou-se uma necessidade de registros mais adequados no prontuário médico para que outras pesquisas possam ser feitas de forma mais ágil e precisa.

A análise das informações do prontuário e da auditoria médica permitiu identificar os procedimentos especializados e as drogas utilizadas para a prevenção de metástases ósseas, além das drogas imuno moduladoras que foram manejadas em pacientes com tais indicações clínicas. Os custos desses tratamentos são elevados e, portanto, os dados desta pesquisa podem ser úteis para a auditoria médica da instituição submetida a estudo.

Outrossim, também o aspecto psicológico da trabalhadora com câncer de mama é fundamental na recuperação clínica. A aderência ao tratamento completo depende da motivação do paciente e de seu estado de ânimo. Amigos, familiares e um adequado acompanhamento psicológico são importantes na resposta terapêutica. (10)

O tratamento do câncer de mama determina impacto importante na qualidade de vida da paciente. O medo de morte e de eventual agressividade do tratamento cirúrgico mutilador (mastectomia), dos efeitos colaterais relacionados à quimioterapia (enjôo, vômitos, queda de cabelo, fraqueza) e das retrações de pele relacionadas à radioterapia influem negativamente. Não bastasse, ainda podem ocorrer limitações funcionais no braço homolateral envolvido, com potencial de restrição da atividade laboral.

Com frequência as trabalhadoras vítimas de câncer de mama estão em período de climatério e as que apresentam desconfortos relacionados ao hipoestrogenismo (fogachos, sudorese noturna, ressecamento vaginal e diminuição da libido) podem ter limitações no tratamento destas situações clínicas.

Por tudo isso a presença de uma equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiras, psicólogos, terapeutas ocupacionais bem como o apoio familiar são fundamentais para o sucesso do tratamento.

A compreensão destas dificuldades também pelo médico do trabalho é fundamental para auxiliar na adaptação destas trabalhadoras quando do retorno ao trabalho. Todavia, com grande frequência diagnósticos da doença em estádios tardios determinam afastamentos definitivos (aposentadoria).

Nesse sentido, é de se considerar o impacto financeiro que a doença de um funcionário com câncer de mama acarreta ao empregador, seja ele uma empresa privada ou uma instituição pública.

No primeiro caso, a empresa privada poderá encaminhá-lo para a Previdência Social se o afastamento for superior a 15 dias. Entretanto, a falta de um funcionário treinado para uma função específica e a indefinição quanto ao seu retorno em função do câncer mama pode determinar a necessidade de nova contratação. Ademais, o retorno ao trabalho da funcionária que foi afastada poderá contar com restrições de toda ordem, e que dependerão da condição clínica da paciente por ocasião deste retorno.

Numa instituição pública, a exemplo do grupo escolhido para estudo, tanto o salário dos funcionários, quanto os gastos do tratamento e eventual aposentadoria por invalidez são custeados pelo próprio ente público. As implicações financeiras, portanto, serão bastante relevantes. Por isso é importante conhecer a frequência de afastamentos, os estádios clínicos por ocasião dos diagnósticos, e os impactos que representam para o paciente e para o empregador em relação ao processo de trabalho.

Programas de rastreamento que permitem a realização de exames por conta da própria instituição podem ter um efeito benéfico em relação aos atendimentos ambulatoriais habituais, nos quais o funcionário tem que arcar com 30% do custo do exame solicitado. Nesta última situação o custeio parcial de exames pode ser um fator limitante para a completa avaliação diagnóstica.

A Organização Mundial de Saúde recomenda campanhas educativas e a realização de exames clínicos regulares das mamas. Mamografias de base devem ser solicitadas aos 35 anos, bienalmente dos 40 aos 50 anos e anualmente após os 50 anos. Em mamas densas ou com nódulos palpáveis a ecografia mamaria deve ser feita. (8)

No Brasil o Ministério de Saúde recomenda para mulheres com risco padrão para câncer de mama o exame clínico anual e mamografia bienal entre 50 a 69 anos. Nas pacientes de grupo de risco, o exame clínico e mamografia anual devem ser feitos a partir dos 35 anos. (7)

Os programas de rastreamento devem continuamente ser avaliados na sua capacidade de atingir os objetivos propostos. Campanhas como o “outubro rosa”, em

que são indicadas mamografias em maior quantidade associadas a campanhas educativas, implicam em custos mais elevados com métodos diagnósticos. Estudos devem ser realizados para saber se estas estratégias têm sido efetivas nos seus propósitos e se a relação custo /benefício justifica tais iniciativas.

Na instituição em estudo as suspeitas diagnósticas foram feitas por equipes médicas locais, e os diagnósticos definitivos dados por mastologistas credenciados. Não foi possível determinar o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento por falta de informações dessa natureza no prontuário médico.

Os dados encontrados de incidências de câncer de mama foram semelhantes aos encontrados por estimativas na literatura brasileira e mundial.

CONCLUSÃO

Várias são as medidas legais e governamentais que visam beneficiar a trabalhadora acometida de câncer de mama para garantir um tratamento adequado, mesmo diante da necessidade de afastamento do trabalho. Exemplos disso são os benefícios previdenciários como o auxílio doença e a aposentadoria por invalidez, o custeio, pelo governo, da medicação necessária para o tratamento, a possibilidade de utilização do fundo de garantia por tempo de serviço, isenção de imposto de renda, etc. Nem todas as pacientes, contudo, dispõem dessas informações. É preciso maior divulgação e orientação às trabalhadoras com câncer de mama para que elas possam fazer valer os seus direitos. No município objeto de estudo, por exemplo, existe a Lei 8.786, de 18 de dezembro de 1995, que prevê o custeio de tratamento de funcionário com doenças malignas.

Por fim, os registros das profissões ou atividades ocupacionais das funcionárias com câncer de mama não foram identificados porque não estavam descritas nos prontuários médicos, e o percentual de pacientes que tiveram que ser aposentadas por invalidez não foi analisado.

A ênfase do trabalho foi a identificação do número de trabalhadoras afetadas por câncer de mama ao longo dos 5 anos de estudo (2008 a 2012), e a correlação com os dias de afastamento e estádios clínicos. Outros aspectos relacionados ao câncer de mama e afastamento laboral merecem estudos específicos.

Para a população analisada os dados sugerem que os diagnósticos precoces estão sendo feitos em maior proporção que os diagnósticos tardios, mas os números dessa vantagem ainda são insuficientes para a redução dos afastamentos laborais pelo motivo C50.

Em outras palavras implica afirmar a necessidade de maiores esforços no sentido de proporcionar à população meios mais eficientes e céleres de diagnóstico, o que se faz também pela facilitação de acesso às tecnologias disponíveis, e nem sempre financeiramente viáveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Estimativas de incidência e mortalidade por câncer no Brasil, 2008 [texto na Internet]. Rio de Janeiro; 2008. [citado 2008 out. 8]. Disponível em:
<http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/index.asp?link=mapa.asp&ID=13>,
ACESSO EM JAN 2014 .

2. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med. 1995;41(10):1403-9. <http://www.hqlo.com/content/2/1/25>. ACESSO EM JAN 2014

3. ACESSOS EM FEVEREIRO DE 2014 . :

<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home>

4. ACESSOS EM FEVEREIRO DE 2014 . :

<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/>

5. ACESSOS EM FEVEREIRO DE 2014 . :

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

6. ACESSOS EM FEVEREIRO DE 2014 . :

<http://www.sbmastologia.com.br/index/>

7. ACESSOS EM FEVEREIRO DE 2014 . :

<http://www.febrasgo.org.br/site/>

8. ACESSOS EM FEVEREIRO DE 2014 . :

<http://www.who.int/en/>

9. ACESSOS EM FEVEREIRO DE 2014 . :

<http://www.breastcancersociety.org/>

10. Bittencourt JFV, Cadete MMM. Vivências da mulher a ser mastectomizada: esclarecimentos e orientações. Rev Bras Enferm.

2002;55(4):420-3.

11. Fernandes AFC, Mamede MV. Câncer de mama: mulheres que sobreviveram. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2003.

12. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispões sobre as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisas envolvendo seres humanos. Bioética. 1996;4(2 Supl):15-25.

13. Arantes SL, Mamede MV. A participação de mulheres com câncer de mama na escolha do tratamento: um direito a ser conquistado. Rev Lat Am Enferm. 2003;11(1):49-58.

15. Ruosten T, Gaardsrud T, Leegaard M, Whal AK. Nursing pain management: a qualitative interview of patients with pain, hospitalized for cancer treatment. Pain Manag Nurs. 2009; 10(1):48-55.